

姫路市不育症治療支援事業申請書

- 1 関係書類を添えて下記のとおり不育症検査及び治療費の助成を申請します。
- 2 本申請書にあたり、以前居住していた自治体での助成の有無の確認を行うことに同意します。
- 3 本申請に係る検査及び治療に対し、他の自治体の助成を受けません。

受付印

記

注) 太枠の中をご記入ください。

	(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日	
夫			年	月 日生 (歳)
妻			年	月 日生 (歳)
住 所	〒		電話 ()	夫・妻
住所 (夫・妻)	〒		電話 ()	夫・妻
※夫婦の住所が異なる場合に記入				
申請者氏名 _____				
申 請 額 金 _____ 円				
年 月 日 (宛先) 姫 路 市 長				
振 込 先 (申請者の 口座名義)	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	預 金 種 別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	
	口座番号 (左詰記入)			

(添付書類)

1. 姫路市不育症治療支援事業受診等証明書
2. 姫路市に居住する夫婦であることを証明する書類 (住民票)
(住民票では婚姻関係が確認できない場合は戸籍謄本<抄本>も必要)
3. 領収書 (証明書の領収年月日及び領収金額と一致する領収書)

申請受理年月日	
承認 不承認 決定年月日	(No.)
受給者番号	
助成決定金額	円